

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

88

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROLLAND Marcel-Jean

Né le 5 Août 1912, à Paris

CRÉNOTHÉRAPIE

DES

AFFECTIONS VEINEUSES PÉRIPHÉRIQUES

RÉSULTATS DU CENTRE DE TRIAGE

HYDRO-CLIMATOLOGIQUE DES HOPITAUX DE PARIS

Président : M. M. VILLARET, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROLLAND Marcel-Jean

Né le 5 Août 1912, à Paris

CRÉNOTHÉRAPIE
DES
AFFECTIONS VEINEUSES PÉRIPHÉRIQUES

RÉSULTATS DU CENTRE DE TRIAGE
HYDRO-CLIMATOLOGIQUE DES HOPITAUX DE PARIS

Président : M. M. VILLARET, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1938

LE DOYEN : M. TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKY.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et histoire naturelle générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	N. . . .
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE . . . Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY . . . Pathologie médicale.
 BÉNAUD Henri . . Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne . Pathologie médicale.
 BEZANÇON (Justin) . Hydrologie.
 BOULIN . . . Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE . . . Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 FEY . . . Urologie.
 FUNCK . . . Pathologie chirurgicale.
 GAILLARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES . Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET . . . Physiologie.
 DE GENNES . . Pathologie médicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LACOMME . . . Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LELONG . . . Pathologie médicale.
 LEMAIRE . . . Pathologie expérimentale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MÉNÉGAUX . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . Pathologie médicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 RENARD . . . Ophtalmologie.
 RICHET . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÈNÈQUE . . . Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE . . . Pathologie expérimentale
 TURPIN . . . Pathologie médicale.
 VIGNES . . . Obstétrique.
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . . Physiologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE . . Parasitologie.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE . . .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.		VELTER	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	CHAILLEY-BERT, agrégé. .	Éducation physique.
	LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
	RUPPE	Stomatologie.
	WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES FRÈRES ET SŒUR

AUX MIENS, A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur MAURICE VILLARET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HÔPITAL BROUSSAIS-LA CHARITÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A Monsieur le Professeur agrégé L. JUSTIN-BESANÇON

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A Monsieur le Docteur H. BITH

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

A Monsieur le Docteur P. GRELLETY-BOSVIEL

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

M. le Professeur ACHARD

M. le Docteur MONDOR

M. le Professeur Maurice VILLARET

Externat :

M. le Docteur DESMAREST (1933-34)

M. le Docteur ESCALIER (1934-35)

M. le Professeur DONZELOT (1935-36)

M. le Professeur agrégé CATHALA (1936-37)

INTRODUCTION

Les affections du système veineux périphérique sont dans une grande mesure justiciables du traitement hydro-minéral. En particulier, en ce qui concerne les séquelles de phlébite, les principaux auteurs s'accordent pour reconnaître à ce traitement une supériorité très nette sur les autres moyens thérapeutiques. Le Professeur Maurice VILLARET et L. JUSTIN-BESANCON disent : « Dans les séquelles de la P.A.D. des accouchées dans celles des autres phlébites infectieuses, et même en période d'état de ces affections particulières des veines dites phlébites goutteuses ou phlébites rhumatismales, la cure thermale donne des résultats supérieurs à tout autre thérapeutique ».

Des auteurs tels que A. BARRABE, E. POULAIN, E. CENSIER, P. R. JOLY se sont dès longtemps attachés à démontrer l'efficacité remarquable des eaux de Bagnoles-de-l'Orne dans le traitement des états veineux.

« La cure dans une station thermale s'impose presque toujours dans les délais les plus courts après la première sortie. Le plus souvent elle doit être renouvelée les années suivantes ». (DELATER et HUGEL).

Aussi, aurons-nous surtout en vue ici, non pas d'apporter une inutile contribution à une question déjà bien établie, mais d'étudier dans une série d'observations fournies par le Centre de Triage Hydro-Climatologique

des Hôpitaux de Paris les symptômes les plus influencés par la cure thermique de ces affections.

N'ayant pu jusqu'à présent envoyer ces malades à Bagnoles-de-l'Orne, station type, le Centre de Triage a choisi Aix-en-Provence parmi les stations dont les résultats sont le plus comparables à ceux de Bagnoles.

C'est donc à Aix-en-Provence qu'ont été traités par la cure hydro-minérale tous les malades dont nous donnerons les observations. Auparavant nous ferons un rapide exposé sur le fonctionnement du Centre de Triage et sur les maladies veineuses justiciables de la cure thermique. Nous aurons également à décrire Aix-en-Provence et ses eaux.

CHAPITRE PREMIER

A. — LE CENTRE DE TRIAGE HYDRO-CLIMATOLOGIQUE DES HOPITAUX DE PARIS.

Fondé en 1930 à l'hôpital Necker dans le service et sur l'instigation du Pr. Maurice VILLARET, le Centre de triage Hydro-Climatologique des Hôpitaux de Paris a suivi depuis le professeur Maurice VILLARET à la clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais-La Charité.

Il fonctionne tous les jours sous la direction du Dr. L. JUSTIN-BESANÇON, assistant du Centre.

Il reçoit d'une part les malades du dehors par l'intermédiaire de la consultation externe du service ; d'autre part les malades envoyés par les différents services des hôpitaux de Paris.

Chaque malade est examiné et son observation est consignée sur une feuille spécialement établie par le Centre. C'est un interrogatoire imprimé d'avance, comprenant :

— L'examen du malade avant la cure (historique, troubles fonctionnels actuels, signes physiques, examen de l'appareil cardio-vasculaire, etc.).

— L'examen pendant la cure (état du malade à l'arrivée, technique de cure, résultats au départ : mensu-

rations, tension artérielle, pression veineuse, test d'Aldrich).

— Enfin, l'examen du malade après son retour à Paris.

Le dossier, comprenant un certificat médical de l'opportunité de la cure, est envoyé à l'Administration centrale de l'Assistance Publique pour enquête administrative.

A la suite de celle-ci, les dossiers des malades remplissant les conditions sont transmis de nouveau au Centre de triage.

Ici intervient la Commission de Répartition. Elle est composée du Directeur de l'Hôpital, président, représentant l'Administration Centrale, du Professeur Maurice VILLARET, et de Membres du Corps Médical des Hôpitaux de Paris s'intéressant à l'hydro-climatologie, les Professeurs CARNOT, LOCPER, RATHERY et CROUZON.

Sa première séance a eu lieu le 8 mars 1930.

Elle se réunit à date fixe, tous les mois ou tous les deux mois suivant l'affluence des malades proposés.

Son rôle est de désigner en dernier ressort, et après un nouvel examen des candidats et de leurs dossiers, ceux qui sont appelés à la cure, et la station thermale qui conviendra le mieux à chacun.

L'avis est alors transmis à l'administration qui se met en rapport avec les Etablissements thermaux désignés pour demander l'hospitalisation des malades et fixer les dates de leur séjour. Pendant ce séjour, le malade est suivi médicalement et tous les faits sont consignés sur sa feuille d'observation y compris les résultats immédiats de la cure hydro-minérale.

Enfin, quelques semaines ou quelques mois après son retour à Paris, le sujet est de nouveau examiné au Centre de Triage qui consigne les résultats éloignés de

la cure et qui le propose au besoin pour une nouvelle saison.

A l'heure actuelle 22 stations thermales ont accepté de recevoir les malades du Centre de Triage.

Plombières, Châtel-Guyon, pour le tube digestif ;

Vichy, Vittel, pour le foie ;

Bourbon-Lancy, Royat, pour le cœur, les vaisseaux ;

Aix-en-Provence, phlébites et varices ;

Aix-les-Bains, Bourbonne, Dax, pour le rhumatisme ;

Barège, Bourbon l'Archambault, pour les séquelles de fracture ;

Le Mont-Dore, Cauterets, pour les affections des bronches ;

Luxeuil et Cauterets, pour les affections gynécologiques ;

Néris, Argelès-Gazost, pour les maladies nerveuses ;

Lamalou, Néris, Luxeuil, pour les troubles nerveux ;

Luchon, La Bourboule, Uriage, pour les maladies de peau ;

Cauterets, Enghien, Luchon, pour les affections otorhino-laryngologiques.

Vittel pour l'arthritisme.

Sur ces 22 stations, huit sont ouvertes toute l'année : Aix-les-Bains, Aix-en-Provence, Bourbonne, Dax, Luchon, Luxeuil, Plombières, Vichy.

On conçoit l'intérêt de cet organisme qui suit le malade pas à pas : avant, pendant et après la cure, qui permet de le diriger le plus rapidement possible sur la station thermale la plus appropriée à son affection et qui le fait bénéficier des avantages des méthodes modernes d'hydro-climatologie qu'il ne pourrait se procurer à ses propres frais.

D'autre part, au point de vue médical, le Centre constitue d'année en année un dossier considérable, plein

d'intérêt pour les études ultérieures sur les principales Stations Thermales françaises.

Enfin, le Centre de Triage est particulièrement bien placé en ce qui concerne les affections veineuses, puisqu'on y applique tous les soins de petite chirurgie et de physiothérapie concernant l'appareil veineux et qu'on y pratique largement la Phlébopiezométrie ou mesure de la pression veineuse par la méthode directe, bien mise au point par le Professeur Maurice VILLARET et ses élèves.

Dans les varices, en particulier, la pression veineuse est un appoint important du diagnostic différentiel entre varices essentielles à pression veineuse basse et varices symptomatiques d'un obstacle à la circulation cave inférieure où il y a hypertension veineuse.

Par ailleurs, prise avant et après la cure thermique, la pression veineuse contribue au contrôle évolutif de la maladie.

A ce contrôle évolutif contribue également le Test d'Aldrich et Mac Clure : résorption de la boule d'œdème intra-dermique, dont le temps normal est de 30 à 40 minutes et qui sur le membre malade se produit en quelques minutes.

B. — LES AFFECTIONS VEINEUSES JUSTICIABLES DU TRAITEMENT HYDRO-MINÉRAL

Certes tous les états veineux peuvent bénéficier d'une cure hydro-minérale, sinon comme thérapeutique immédiate, du moins comme thérapeutique adjuvante.

Mais certaines affections veineuses relèvent directement de la crénothérapie, et nous allons les étudier rapidement.

En premier lieu les séquelles de Phlébite :

I. — SÉQUELLES DE PHLÉBITE.

« La cure hydro-minérale devra être conseillée pour toute phlébite quelle qu'ait été sa gravité. S'il s'agit d'une phlébite d'intensité et de durée normales, la cure thermale hâtera et complétera la guérison. Si la phlébite a été grave, si elle se complique d'une ou plusieurs séquelles particulièrement tenaces, l'amélioration sera presque toujours remarquable. Mais il y aura lieu pour arriver à la guérison de répéter la cure plusieurs années de suite » (Lecomte).

L'importance des séquelles de Phlébite est en relation directe avec la gravité de la période aiguë : Phlébites des veines superficielles ou phlébites des veines profondes — formes unies ou bilatérales — formes à foyers multiples — formes récidivantes.

Aussi l'ancien phlébitique se présente-t-il sous des aspects éminemment variés : l'un n'ayant gardé que quelques séquelles minimales, un autre restant un véritable infirme.

Nous diviserons ces séquelles en troubles sensitifs et troubles objectifs.

A) *Les Troubles sensitifs*, en général très importants dominent l'ensemble des accidents post-phlébitiques.

Ce peuvent être :

1° des *névralgies* extrêmement douloureuses que réveille le moindre frottement.

Tantôt des lancinements, des crampes dans le mollet ou la cuisse, survenant à la marche, obligeant souvent le malade à s'arrêter un instant. Ces crampes évoquent

la possibilité d'une artérite concomitante et doivent faire rechercher l'état des oscillations au niveau du membre.

Le plus souvent ce sont des douleurs sourdes continues ou paroxystiques spontanées ou provoquées, siégeant suivant les cas dans le domaine des branches nerveuses voisines, ou sur le trajet de la veine ou des veines initialement atteintes.

Ces phlébalgies sont très tenaces et persistent des mois.

A côté d'elles, il faut ranger, parmi les troubles sensitifs :

2° *les sensations émoussées* ou perverses telles que anesthésies localisées ou hyperesthésies, dysesthesies ou encore impression de froid.

3° *l'impotence fonctionnelle* enfin, surtout marquée par de la fatigabilité plus ou moins rapide à la marche ou à la station debout, des impressions de pesanteurs dans le membre malade, d'engourdissement. Parfois même la marche est presque impossible.

Chez ces malades, les troubles objectifs vont de pair en général avec les troubles sensitifs.

B) *Troubles Objectifs :*

1° *Œdème.*

Chez les uns, suite directe de la période aiguë, cet œdème a toujours plus ou moins persisté ;

Chez les autres, il réapparaît progressivement et infiltre peu à peu les couches profondes du derme.

Parfois on constate un simple œdème malléolaire le soir ou à la fatigue.

Mais dans les cas les plus courants, c'est un œdème permanent de la jambe et du dos du pied, remontant plus

ou moins haut sur la cuisse, prenant mal le godet, et douloureux à la pression.

Son importance varie avec chaque sujet et augmente à la fatigue.

A un degré extrême on peut voir exceptionnellement un véritable état éléphantiasique du membre.

2° *Pied bot Phlébitique.*

On peut observer une déformation du pied s'établissant progressivement pendant la maladie, liée bien souvent à une mauvaise position chez un sujet mal surveillé. Cette déformation ne s'amende que très lentement après la guérison ou persiste même. C'est le pied bot phlébitique, avec les orteils rigides repliés en griffe. A un stade moins avancé on observe des rétractions tendineuses gênant la marche et favorisant l'atrophie musculaire.

3° *Atrophie musculaire.*

Elle est fréquente chez ces malades confinés au lit, dans l'immobilité absolue pendant des mois. Elle atteint en particulier le mollet et la cuisse, souvent cachée d'ailleurs par l'œdème co-existant.

4° *Raideurs articulaires-arthrites.*

L'ankylose du genou et de l'articulation tibio-tarsienne relève le plus souvent des mêmes causes d'immobilisation prolongée. Par ailleurs, la distension œdémateuse des tissus, des articulations et des gaines tendineuses n'est pas sans conséquences : une réaction fibreuse se produit, provoquant un épaissement des tissus lâches sous la peau et entre les muscles. Les gaines et les capsules ne retrouvent leur souplesse que longtemps après la phase inflammatoire. A cette réaction fibreuse peu-

vent se joindre des phénomènes d'arthrite sèche, avec craquements et déformations. Les mouvements articulaires sont très douloureux, limités, rendant la marche extrêmement pénible.

5° *Troubles trophiques.*

La peau et les phanères sont très souvent altérés.

La peau est tantôt amincie, tendue, luisante, tantôt au contraire épaisse et plissée.

Sa couleur est modifiée : terreuse brunâtre ou rouge violette, marbrée, cyanotique.

Elle est le siège, en particulier au niveau de la cheville, de pigmentation d'étendue et d'intensité variable, et de prurit souvent intense, déterminant des lésions de grattage.

Les extrémités sont froides, la transpiration exagérée. Les poils se développent anormalement et les ongles sont déformés, cassants.

6° *Varices post-phlébitiques.*

Elles apparaissent fréquemment surtout dans les phlébites puerpérales. Elles siègent en particulier à la partie supérieure de la cuisse et même à la partie inférieure de l'abdomen. Tantôt modérées, tantôt très développées, volumineuses, distendues. Elles représentent dans une certaine mesure une voie de dérivation à la circulation veineuse profonde et à ce titre doivent être respectées du moins au début.

Mais après plusieurs années d'évolution ou lorsqu'elles apparaissent tardivement après la phlébite, elles deviennent comparables aux varices essentielles et sont comme elles imputables à une insuffisance veineuse progressive (comme le montre bien Delater).

II. — VARICES ESSENTIELLES ET LEURS COMPLICATIONS.

Qu'elles soient essentielles ou qu'elles surviennent après une phlébite, les varices sont également justiciables de la crénothérapie. En particulier en ce qui concerne leurs complications : les troubles subjectifs et l'œdème, sur lesquels nous ne reviendrons pas, la périphlébite variqueuse, l'eczéma et l'ulcère variqueux.

1° *Périphlébite variqueuse.* — Due à l'inflammation de la paroi veineuse et du tissu conjonctif environnant, elle se traduit localement par une douleur progressivement croissante, spontanée, tenace, avec sensation de gonflement ; par l'apparition d'une plaque rouge vif, plus ou moins étendue, au niveau de la veine atteinte. Celle-ci est turgescente et extrêmement douloureuse sur tout son trajet. La périphlébite évolue généralement vers la guérison, soit rapidement par traitement sédatif, soit après abcédation et ouverture à la peau. Mais il faut craindre de fréquentes récurrences et même l'apparition d'une véritable septicémie veineuse évoluant par poussées successives, pendant un temps prolongé ; atteignant des territoires souvent éloignés les uns des autres. Les phénomènes restent uniquement veineux et de caractère généralement subaigu. De même que pour la phlébite typique, c'est en dehors des périodes inflammatoires que le malade sera envoyé à la Station Thermale.

2° *Eczéma variqueux.* — Il est favorisé par le prurit, si fréquent chez les variqueux et se développe alors sur les lésions de grattage. Mais l'importance du terrain est primordiale dans son apparition et il s'observe avant

tout chez les prédisposés. Il siège principalement au tiers inférieur de la jambe : la peau devient mince, luisante, quelquefois brunâtre, avec des excoriations — elle s'eczématise sous trois formes : exzéma aigu suintant, évoluant par poussées successives — eczéma sec à petites squames furfuracées — eczéma à grandes squames.

3° *Ulcère variqueux*. — Il ne siège pas n'importe où et, du moins au début, on ne le trouve pas au-dessus du mollet. Ses principales localisations sont le dos du pied et la région malléolaire interne. On voit apparaître une tache brunâtre, arrondie, souvent plus claire en son centre ; c'est à ce niveau que la peau va s'amincir de plus en plus, puis se nécroser si on n'intervient pas à temps.

Unique ou multiple il est ovalaire, ses bords sont irréguliers, épaissis, taillés en pente douce, ni à pic, ni décollés. Son fond est grisâtre, sanieux, bourgeonnant. Il est parfois recouvert d'une croûte jaunâtre.

La peau environnante est soit amincie, marbrée, parsemée de taches rougeâtres ou brunes, soit épaissie, tuméfiée, indurée. Comme l'eczéma il n'a aucune tendance à la guérison spontanée.

Il faut savoir le différencier d'un ulcère syphilitique (à bords taillés à pic) ou d'une lésion tuberculeuse ulcérée (à bords décollés).

Surtout il faut connaître l'existence d'ulcères variqueux syphilitiques (arrondis, aux bords taillés à l'emporte-pièce et polycycliques, ne siégeant pas forcément sur la face interne. Et au moindre doute, même si le B. W. est négatif, instituer un traitement d'épreuve.

Enfin l'ulcère calleux, à bords durs, cartilagineux, à fond grisâtre, sanieux et profond, particulièrement rebelle à toute thérapeutique.

4° *Cellulite*. — A côté de ces troubles d'origine veineuse, il faut ranger la cellulite. Comme l'eczéma, comme l'ulcère, elle se rencontre aussi bien après la phlébite que chez les variqueux ou même en dehors de tout antécédent veineux. Encore mal connue, souvent même ignorée, elle s'ajoute cependant dans bien des cas aux divers symptômes que nous venons d'étudier. C'est elle, par exemple, qu'il faut incriminer chez les malades présentant des membres inférieurs augmentés de volume, boudinés, cyanosés, et dont l'infiltration est dure et douloureuse à la pression, en particulier à la suite de phlébites des veines superficielles, nettement infectieuses avec propagation d'une infection persistante au réseau lymphatique.

Elle se révèle au palper par l'augmentation d'épaisseur du tissu sous-cutané, par l'augmentation de sa consistance, par l'augmentation de sa sensibilité, allant jusqu'à la douleur, enfin par la diminution de sa mobilité par adhérence à la peau et aux plans profonds, donnant le phénomène de la peau d'orange.

Elle est caractérisée par trois éléments, parfois distincts, souvent associés, dont le caractère commun est de se désagréger en crépitant sous la pression des doigts :

a) Nodosités, grains mal délimités ;

b) Placards indurés : donnant l'impression de feuilles de parchemin à limites peu nettes — difficilement décelables des plans sus et sous-jacents ;

c) Empâtements œdémateux, plus durs qu'un œdème, plus mou et plus épais que le placard induré, précédemment décrit.

Ses localisations et ses aspects sont multiples, nous ne la décrirons qu'aux membres.

Au membre inférieur elle se localise plus particulièrement de bas en haut : le long du tendon d'Achille et

des péroniers latéraux, à la partie supérieure et interne des mollets, tout le long de la cuisse, surtout sur la face interne et antérieure. Elle se traduit par une fatigue extrême à l'occasion de la moindre marche, par de l'endolorissement, des crampes. Elle provoque un gonflement des chevilles, les pieds sont froids et violacés.

« Elle peut gagner progressivement en étendue, encerclant la jambe, montant ou descendant jusqu'à constituer peu à peu une véritable botte engainant tout le membre. » (JOLY).

Au membre supérieur, elle ne s'étend guère que de l'épaule au coude. On le trouve au niveau du deltoïde et à la face postérieure et interne du bras. Elle est souvent confondue avec la péri-arthrite de l'épaule.

III. — TROUBLES VEINEUX POST-TRAUMATIQUES

Des complications veineuses se produisent très souvent après fracture des membres, surtout des membres inférieurs : douleurs, trophœdèmes, arthrites, ulcères, eczéma, cellulite ou même phlébites et périphlébites.

Le facteur infectieux y joue un rôle certain et ces complications sont particulièrement fréquentes dans les suites de fractures ouvertes, après atteintes vasculaires, ou après réaction périostée (dans les fractures ayant nécessité une ostéo-synthèse, par exemple).

D'autre part, l'atteinte nerveuse au cours de ces fractures est souvent responsable des troubles trophiques ultérieurs.

IV. — LES ACROASPHYXIES D'ORIGINE VEINEUSE

Le Centre de Triage considère encore comme justifiables du même traitement hydro-minéral les acroasphyxies d'origine veineuse.

A) *L'acrocyanose essentielle*, apparaissant progressivement aux alentours de la puberté, se caractérise par trois symptômes cliniques : cyanose, refroidissement, troubles vaso-trophiques fréquents.

1° *La cyanose*, allant du rose vif au violet noir suivant les cas, est de couleur homogène ; parfois, cependant, sur un fond asphyxique, on constate des îlots de couleur rouge vif, pruneau, grenat ou pourpre. La pression du doigt laisse après elle une tache blanche, anémique, anormalement persistante.

Cette cyanose est permanente. Elle siège avant tout aux mains, et remonte jusqu'à l'avant-bras, où elle se termine progressivement à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen.

Aux pieds elle est moins fréquente et atteint surtout : les bords du pied, les orteils et la face antérieure de la cheville. Cette dernière localisation a été individualisée sous le nom d'Erythro-cyanose sus-malléolaire ; elle atteint plus volontiers les jeunes filles et les jeunes femmes ; c'est une cyanose symétrique avec infiltration de la peau des jambes au tiers inférieur, surtout du côté externe.

La cyanose peut encore siéger au nez, aux oreilles, aux pommettes, à la limite inférieure des fesses.

2° *Le refroidissement* est manifeste au niveau des zones cyanosées et l'on note parfois une différence de plusieurs degrés par comparaison avec les sujets sains.

Il s'étend souvent au-delà des troubles vaso-moteurs et l'on peut le constater ainsi : à la face interne des genoux, à la face postérieure des bras.

3° *Les troubles vaso-trophiques* sont généralement surajoutés aux deux symptômes précédents : sudation plus ou moins abondante (mains froides et moites caractéristiques), œdème des doigts, engelures, kératose pileuse.

Les travaux du Professeur Maurice VILLARET et de ses élèves sur l'histamine et l'acétylcholine ont permis d'établir une distinction facile entre les acrocyanoses d'origine veineuse et celles d'origine artériolaire.

Dans la première forme, l'injection d'acétylcholine ne détermine ni modification de la teinte violacée des téguments, ni hypertension veineuse, à l'encontre de ce qui se produit dans le syndrome de Raynaud. L'histamine, au contraire, dilatant les capillaires, permet une accélération momentanée du courant sanguin et les extrémités prennent pour quelques instants une teinte rosée.

D'autre part, la pression veineuse, normale ou même abaissée dans le syndrome de Raynaud, est bien souvent élevée dans l'acrocyanose d'origine veineuse.

B) En effet, dès 1920, la phlébopiezométrie a permis au Professeur Maurice VILLARET, avec SAINT-GIRONS et GRELETTY-BOSVIEL, d'isoler *un type clinique, se caractérisant par de l'acrocyanose, des troubles ovariens évidents et une hypertension veineuse périphérique importante.*

Il s'agit de très jeunes filles (17 à 20 ans), réglées tardivement et irrégulièrement — obèses — présentant une cyanose très accusée des extrémités, notamment des genoux, des mains, de la région sus-malléolaire, avec œdème et refroidissement.

Ces troubles sont plus accusés l'hiver où ils aboutissent à des engelures douloureuses souvent ulcérées.

On ne constate par ailleurs aucun signe clinique de troubles ou anomalies des différents appareils (circulatoire et pulmonaire). Mais, contrastant avec une tension artérielle normale, la pression veineuse est considérablement augmentée (16, 17, 20 cm. et plus). Il a paru à ces auteurs que ce syndrome était étroitement lié à l'existence de troubles endocriniens et surtout ovariens (irrégularité des règles, obésité), ce qui est confirmé par l'action de l'opothérapie ovarienne dans certains de ces cas.

C) Outre l'acrocyanose essentielle et ce syndrome particulier décrit par le Professeur Maurice VILLARET et repris plus tard par d'autres auteurs, on décrit *des acrocyanoses ou cours des affections du système nerveux*.

1° A la suite d'affections du système nerveux central :

Hémiplégie banale, syringomyélie, tabès, myélites, séquelles d'encéphalite ;

2° Après altérations des nerfs périphériques :

Névrites et surtout sections et irritations nerveuses ;

3° Par atteinte du sympathique, toujours impliquée par les lésions précédentes, mais parfois aussi isolée d'elles.

En résumé : Parmi les affections veineuses périphériques, le Centre de Triage envoie en cure thermale :

1° Les séquelles de phlébite ;

2° Les complications des varices ;

3° Les troubles veineux post-traumatiques ;

4° Les acroasphyxies d'origine veineuse.

CHAPITRE II

AIX-EN-PROVENCE

a) Le site. — Le climat

Vieille ville de Facultés, ancienne capitale de la Provence, Aix s'élève dans une cuvette cernée de collines boisées. Elle est située elle-même au flanc sud d'une colline à une altitude de 200 mètres, et se trouve ainsi protégée en partie des vents violents, principalement des tempêtes de mistral, si brutales dans la Crau et sur le littoral méditerranéen et qu'on n'observe guère à Aix qu'une vingtaine de jours par an.

Son climat est excellent : méditerranéen, mais modifié et tonifié par l'altitude.

Les pluies y sont assez rares, l'atmosphère peu hygrométrique : « Il y a peu de jours dans l'année, écrivait J. DARGELOS, où l'on ne puisse sortir 2 à 3 heures à l'air et au soleil. »

Il est bon d'insister sur ce fait, que, même en hiver, il n'est pas rare de voir des journées splendides avec une température de 15 à 20° au soleil. Ce climat privilégié permet en effet à l'établissement thermal de rester ouvert toute l'année, alors que la plupart des autres stations doivent fermer leurs portes aux premiers jours d'automne.

b) Historique de la ville et des eaux

Depuis les temps les plus reculés, Aix fut renommée pour ses eaux chaudes : les Romains l'appelaient *Aquæ Callidæ*, puis *Aquæ Sextiæ*.

Ses premiers thèrmes furent construits aux environs de 123 avant J.-C. par Sextius Calvinus, consul romain, qui, après sa victoire sur les Saliens s'établit dans cette ville et lui donna son nom.

Marius, quelques années plus tard, devait contribuer à son embellissement.

Au cours des siècles, Aix-en-Provence subit bien des vicissitudes : ravagée par les barbares à plusieurs reprises pendant les premiers siècles de notre ère, elle fut toujours reconstruite et ses bains restaurés.

Elle connut ses périodes les plus brillantes au temps de la décadence romaine, plus tard sous Charlemagne, sous les règnes de Robert d'Anjou et du roi René, et au ^{xvii}^e siècle où l'on découvrit une nouvelle source plus chaude (1704) et où l'affluence extraordinaire des malades (plus de 500 par jour) obligea de construire un établissement plus important. Enfin de nos jours la station thermale a repris un nouvel essor, après une longue période d'abandon relatif qui datait de la Révolution.

De tous temps d'ailleurs, ses eaux furent célébrées par les écrivains. Depuis STRABON, TITE LIVE au premier siècle ; SOLON et PLUTARQUE au deuxième siècle, SIDOINE APOLLINAIRE au troisième, jusqu'à PITON en 1666, EMERIC et LAUTHIER en 1705, le Docteur ROBERT en 1812, les Docteurs BOURGUET, J. DARGELOS ; le Professeur GAUJOUX et M. BROMBERGER, etc.

Mais jusqu'au début du siècle présent les eaux étaient

employées en bains et en boisson par toutes sortes de malades ; ses indications restant très vagues. Comme dans la plupart des autres stations thermales, on ne connaissait pas la spécialisation des eaux.

C'est ainsi que dans l'ouvrage fort bien documenté du Docteur ROBERT (Essai historique et médical sur les Eaux thermales d'Aix, connues sous le nom d'Eaux de Sextius), on ne trouve parmi les nombreuses observations rapportées qu'un seul cas, un ulcère de jambe, pouvant mettre en cause un trouble de la circulation veineuse. Encore s'agit-il d'un ulcère post-traumatique. En effet, il y est dit que :

« Georges, cordonnier, de cette ville, âgé d'environ 40 ans, fort exténué et d'une taille assez haute, ayant reçu un coup de marteau à la partie supérieure du tibia, par la négligence qu'il apporta à sa guérison, la contusion vint en suppuration, tellement qu'il fut obligé de se mettre entre les mains des chirurgiens, qui furent contraints de lui faire des ouvertures tout le long de la jambe, où le sang corrompu avait fait des sacs et corrodé tous les muscles. Les chirurgiens ne purent jamais guérir l'ulcère qui était étendu par toute la jambe ; il fut à la fontaine boire les eaux et tremper sa jambe tous les matins dans l'eau ; il continua l'usage pendant deux mois, et se trouvant un peu soulagé de son mal ; dès le commencement du printemps dernier, il fut faire le même manège : tous ces ulcères se sont parfaitement consolidés, et je l'ai vu dans la boutique, où il travaille le 19 mai 1705, fort bien guéri et fort content d'avoir trouvé la guérison après quatre années de souffrance. »

Ce fut le mérite du D^r J. DARGELOS, conseillé par le D^r LAUSSEDAT, de Royan, d'avoir montré les différentes applications crénothérapiques des sources d'Aix et d'avoir grandement contribué pendant sa longue car-

rière au renouveau que connaît actuellement cette station.

Depuis, ces indications ont été confirmées par d'autres auteurs : le D^r PORCHERON, le D^r CAT dans sa thèse de 1930, les D^{rs} G. DARGELOS, JAUFFRET, VAIDSSADE, etc.

Lors d'un voyage d'études médicales en 1924, les Professeurs CARNOT, WALICH, RATHERY et REYNAUD en ont fait les plus grands éloges.

c) Analyse des eaux

L'analyse chimique et physique des eaux d'Aix-en-Provence a été pratiquée à différentes époques.

Dès 1705, EMERIC et LAUTHIER, avec les moyens rudimentaires de leur temps, croyaient y trouver : « Nitre, vitriol, alun et rouille de fer » !

En 1812, le Docteur ROBERT donnait déjà des résultats plus exacts, enfin le Docteur PECHEUX, en 1910, et M. Jean SIGAUD, Docteur en pharmacie, dans sa thèse de 1925, ont bien élucidé cette question.

Les eaux sortent par un grand nombre de sources, réparties en deux groupes, éloignés l'un de l'autre d'environ 250 mètres. Elles sont toutes chaudes, mais de température différente. Un seul groupe est utilisé pour la cure hydro-minérale : il comprend les sources Sextius et Malherbe qui semblent être d'ailleurs deux points d'émergence d'une même source. Elles possèdent la température la plus élevée et le débit le plus constant, en même temps que le plus important.

On compte en effet plus de un million de litres par 24 heures à une température de 33°7 à 33°9.

C'est une eau vierge, plutonienne, limpide, cristalline, de saveur agréable et sans odeur, particulièrement douce au toucher.

Sa densité est de 1,001, le point cryoscopique est à 0°013, la pression osmotique de 0,1760, la conductivité électrique 0,00702.

Elle est radio-active, quoique faiblement : 0,35 milli-micro-curies par litre à l'émergence. Mais le débit étant considérable, la puissance radio-active de la source n'est pas négligeable. On trouve pour l'hororadioactivité H à la puissance P : $H = 2,1$ milligrammes de radium (SIGAUD).

Elle contient des gaz dissous en petite quantité.

Par litre :

Anhydride carbonique : 8 cm³ ;

Oxygène : 6 cm³ ;

Azote : 15 cm³.

Elle est peu minéralisée. Résidu sec par litre :

0 gr. 26 (PECHEUX) ;

0 gr. 33 (SIGAUD).

Elle contient :

De l'acide carbonique à l'état de bicarbonates ;

De l'acide chlorhydrique à l'état de chlorures ;

De l'acide sulfurique à l'état de sulfures ;

De la chaux ;

De la soude ;

Des traces de potasse et d'alumine.

Jean SIGAUD insiste sur la présence de traces de silice et de manganèse.

Les substances dominantes sont : les bicarbonates et la chaux.

En résumé, ce sont des eaux thermales, radio-actives, oligo-métalliques, bicarbonatées calciques et magnésiennes avec silice et manganèse à l'état colloïdal,

d) Mode d'action des eaux et technique de cure

Les eaux d'Aix-en-Provence sont employées en boisson et en bains.

a) *En boisson*

L'eau était autrefois administrée à raison de un à plusieurs litres par jour. On est revenu depuis à des doses moins importantes, et certains travaux en cours semblent bien montrer que la dose optima oscille entre 200 et 600 cm³ (communication du Docteur CHARPIN à la Société de Médecine Thermale d'Aix). Les doses doivent être fractionnées, espacées pendant la journée, prises loin des repas et adaptées à chaque malade.

Prise ainsi, elle est d'une digestion facile et très diurétique. La diurèse se produit, en général, une demi-heure après le début (urines claires, peu denses) pour se terminer une heure environ après la dernière prise.

Faiblement minéralisée, se rapprochant beaucoup par ses caractères physiques de l'eau distillée, cette eau emporte plus qu'elle n'apporte, c'est une eau de lavage. Elle est donc indiquée dans les cas où l'on recherche une diurèse importante (lithiase, obésité, arthritisme, etc.) et sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre ici. Mais l'on sait le rôle important que joue l'auto-intoxication dans la détermination des affections veineuses. La cure de diurèse sera donc un bon adjuvant de la cure externe et pratiquement elle lui est toujours associée.

b) *Cure externe*

L'eau thermale peut être utilisée en bains ordinaires ou en bains d'eau courante, soit à la température initiale en période d'été, soit réchauffée.

On l'administre également en douches.

La meilleure méthode semble être celle du bain à eau courante, légèrement réchauffée : 34° à 37°. La durée augmentera progressivement de 15 à 45 minutes et la fréquence sera de un bain par jour.

Son mode d'action reste du domaine de l'hypothèse. Soit qu'on y voit l'action mécanique des bains à eau courante, soit qu'on l'attribue aux qualités physiques de l'eau : température, conductivité électrique, surtout radio-activité.

Certains admettent actuellement que le bain agit sur le système vago-sympathique en provoquant des réflexes vaso-moteurs.

Ceux-ci seraient différents des réflexes vaso-moteurs dus à l'immersion du corps dans l'eau à une température inférieure à 37°. Ce serait, en effet, des réflexes durables et d'action élective sur la paroi musculaire de la veine.

Ces réflexes auraient pour point de départ une excitation des extrémités sensitives cutanées sur lesquelles les eaux agiraient spécialement, et ils se traduiraient par une vaso-constriction des capillaires et par la contraction des fibres lisses des petits vaisseaux.

Cette tonicité apportée à la paroi veineuse par les eaux d'Aix, est bien objectivée par l'étude de la pression veineuse dont les chiffres tendent à se rapprocher de la normale en fin de cure.

Les états de déficience de la paroi veineuse et, en particulier les séquelles de plébite, sont donc l'indication primordiale de la cure externe par les eaux d'Aix.

Tous les auteurs qui, depuis ces dernières années se sont intéressés à cette station thermale, sont d'accord à ce sujet :

« Ce sont les séquelles de phlébite qui semblent bien

le plus complètement et le plus rapidement améliorées. » (D^r AURIENTIS).

« Toutes les déficiences veineuses sont justiciables de la crénothérapie aixoise, en particulier les séquelles de phlébite. » (D^r JAUFFRET).

c) Traitements adjuvants

A côté de la cure externe, Aix-en-Provence réunit un certain nombre de moyens thérapeutiques qui permettent de compléter efficacement l'action du bain.

— Douches sous-marines dirigées sur la région veineuse, sur les articulations ankylosées ou sur la région hépatique, par exemple.

— Douches vaginales.

— Massages à sec ou massages sous l'eau à 36°, faits avec toute la prudence désirable, sur avis médical.

e) L'établissement thermal

Situé à la périphérie de la ville, dans un parc agréable, l'Etablissement Thermal est construit sur l'emplacement des anciens thermes romains dont on voit encore certains vestiges.

Il a été dernièrement modernisé et possède deux belles piscines, toutes deux alimentées à l'eau thermale. L'une à ciel ouvert, la Piscine Olympique, l'autre abritée dans un bâtiment chauffé. Celle-ci, fréquentée toute l'année, mesure 19 mètres sur 9 mètres et sa profondeur varie de 0 m. 50 à 1 m. 60. L'eau y est continuellement renouvelée.

Toutes les précautions sont prises pour éviter les dangers du bain en commun.

Les baigneurs sont priés d'uriner et doivent passer sous une douche avant d'entrer dans l'eau.

Enfin la piscine est vidée et désinfectée chaque soir.

L'Etablissement possède également des salles de bains, des salles de douches, de massages sous l'eau, de massages à sec, des appareils pour bains de vapeur, bains de lumière, douches gynécologiques.

Les baignoires sont de dimensions différentes, elles possèdent un escalier avec rampe pour permettre aux malades d'y descendre plus facilement.

La salle de douches permet des douches à toutes températures, en jet ou en pluie.

Il existe deux salles de repos pour les malades, après la séance de cure.

Enfin l'Etablissement se charge lui-même de la mise en bouteille de l'eau thermale pour les malades désirant pratiquer la cure de diurèse à domicile.

CHAPITRE III

I. — OBSERVATIONS

Nous rapporterons d'abord les observations de Séquelles de phlébite — les plus nombreuses — et pour plus de commodité nous les diviserons d'après l'étiologie de la phlébite, en :

Phlébites d'étiologie inconnue ;

Phlébites post opératoires ;

Phlébites post abortum ;

Phlébites post traumatiques ;

Phlébites au cours de maladies infectieuses.

Nous donnerons ensuite les observations portant sur d'autres troubles veineux :

Complications de varices ;

Œdèmes chroniques ;

Troubles veineux post-traumatiques.

L'ensemble représentant une cinquantaine d'observations nous les exposerons chacune le plus brièvement possible.

A. — SÉQUELLE DE PHLÉBITE

a) *Séquelles de phlébite d'étiologie inconnue*

Observation N° 1. — Mme Suzanne Ag..., 28 ans.

Phlébite de la jambe droite en 1934 au niveau d'une varice de la saphène interne, immobilisée deux mois.

Récidive en juillet 1935.

Examen en mars 36 : Douleurs dans la jambe droite le long de la saphène interne. Impotence fonctionnelle marquée.

Le membre inférieur droit est déformé, aspect cylindroïde, cyanose sus malléolaire. Varices bilatérales, douleur à la pression des mollets et le long de la saphène interne.

Première cure en juin 1936. Arrivée à Aix en boitant, elle repart en marchant normalement.

Deuxième cure en 1937. Avant la cure : les douleurs de la jambe ont disparu, persistance de douleur au mollet, marche correcte. Le membre inférieur a repris un aspect presque normal. Persistance de cyanose légère, un peu d'œdème et varices.

Après la cure : persistance des douleurs sur le trajet de la saphène interne.

Obs. N° 2. — Mme Charlotte Bel..., 53 ans.

Phlébite double en octobre 1936. Depuis, gêne fonctionnelle, œdème malléolaire, amyotrophie du mollet gauche, état variqueux des 2 membres inférieurs.

Cure en août 1937. Assez bon résultat. Amélioration certaine de l'état variqueux.

Obs. N° 3. — Mme Marie Beau..., 61 ans.

Phlébite gauche en 1927. Menace de phlébite droite en 1928. Depuis douleurs persistantes s'exagérant par crises spontanées et à la fatigue. Œdème face dorsale des pieds et régions malléolaires.

Varices. Troubles trophiques surtout à droite, arthrite genoux et hanche droite. T. A. 21 1/2 — 8 1/2.

Cure en été 1933 : disparition des œdèmes, des douleurs aux mollets. Grosse amélioration des genoux. Pression veineuse : 13 à l'arrivée, 13 1/2 au départ. Les mollets ont diminué de 4 cm. les cuisses de 3.

2° cure en 1934. Avant la cure : Douleurs diminuées, marche beaucoup plus facile, plus d'œdème, persistance d'arthrite des genoux.

Après la cure : amélioration des douleurs, mais phénomènes artéritiques en évolution.

Obs. N° 4. — Mlle Olga Eh..., 23 ans.

Phlébite gauche en septembre 1936. Depuis persistance d'œdème douloureux s'accroissant à la fatigue. Varices gauche ; le mollet est violacé, douleur de l'articulation tibio-tarsienne. Cure en août 1933. Au point de vue subjectif résultat excellent. Au point de vue objectif diminution légère de l'œdème. La peau présente une coloration normale. P. V. 18 à l'arrivée, 13 au départ.

Obs. N° 5. — Mme Germaine Co..., 35 ans.

Quadruphlébite en juillet 1934. Un an après persistance de raideurs articulaires des doigts et des membres inférieurs qui sont boudinés, et présentent des troubles trophiques. Circulation collatérale.

Cure en juillet 1935 : diminution notable des œdèmes, disparition de la circulation collatérale. Grande amélioration des mouvements articulaires.

La cure l'année suivante n'apporte pas de nouvelle amélioration.

Obs. N° 6. — M. Arsène C..., 42 ans.

Phlébites des membres et de la sous-cutanée abdominale droite de novembre 31 à avril 32. Depuis, limitation notable des mouvements des membres supérieurs. Troubles trophiques. Œdème aux membres inférieurs. Marche difficile.

Cure en août 1932. Toutes les articulations sont assouplies pas encore retour à la normale, mais amélioration considérable. Œdème diminué de 1 cm. en moyenne. 2° cure en août 1933. Avant la cure : amélioration sur l'an passé. Marche possible, mais fatigabilité, œdème persistant. Plus aucun trouble aux membres supérieurs. Après la cure, le malade a vu encore diminuer l'œdème des 2 jambes (2 cm. en moyenne). Progrès continu.

Obs. N° 7. — Mme Victorine Der..., 64 ans.

Phlébite bilatérale en 1920. Présente un ulcère variqueux depuis 1926. Douleurs à la marche, à l'examen paquet important de varices aux 2 mollets. Ulcères de la face interne des régions malléolaires droite et gauche, de 5 cm. de diamètre. Cure à Aix en août 1936. Bons résultats. La

jambe et surtout l'ulcération sont en très nette amélioration.

Deuxième cure en août 1937. Ulcères fermés, articulations souples, marche aisée, grande amélioration.

Obs. N° 8. — Mme Henriette F..., 60 ans.

Phlébite bilatérale en 1932. Depuis, marche très difficile. Douleurs continuelles à type de rhumatisme dans les membres et le rachis, entraînant l'insomnie. A l'examen : membres inférieurs augmentés de volume, infiltrés d'œdème. Varices apparentes. Douleur provoquée surtout le long des crêtes tibiales. Articulation mobile mais douloureuse. Quelques craquements articulaires.

1^{re} cure en juin 1936 : Résultats satisfaisants. Marche plus facile. Amélioration fonctionnelle surtout sensible à droite.

2^e cure en juillet 1937. Avant la cure : œdème léger des membres inférieurs, douleurs à la jambe gauche à la marche, varices, cyanose.

Après la cure : amélioration, marche beaucoup plus facile. 4 mois après à Paris, grosse amélioration fonctionnelle de la marche. Diminution de l'œdème.

Obs. N° 9. — M. Louis La..., 42 ans.

Phlébite bilatérale en juillet 1935. Un an plus tard persistance œdèmes des membres inférieurs. Fatigabilité. Après la cure : diminution très sensible des œdèmes. Marche aisée, moins de fatigue et de sensation de lourdeur. Très grosse amélioration.

Obs. N° 10. — M. Clément Lecr..., 38 ans.

Phlébite bilatérale en août 1932 Depuis : Œdème considérable, circulation veineuse marquée.

1^{re} cure en août 33 : diminution de l'œdème surtout à gauche.

2^e cure en avril 34 : avant la cure : œdème seulement après la marche. Fatigue à la marche. Après la cure : diminution de l'œdème, disparition de la fatigabilité. Grosse amélioration. 3^e cure en 35. Avant la cure : réapparition d'œdème important, circulation veineuse marquée. Après la cure : amélioration nette.

Obs. N° 11. — Mme J. L..., 47 ans.

Phlébite en 1933. Examinée en 1936 : Œdème vespéral, marche difficile, varices des deux jambes, menace d'ulcérations, cyanose, refroidissement des extrémités, troubles trophiques, troubles sensitifs : brûlures, tiraillements. 1^{re} cure en juillet 1936 : amélioration nette. L'année suivante, réapparition d'œdème vespéral et de douleurs à la jambe droite. 2^e cure en juillet 1937 : amélioration de l'état général, diminution de l'œdème, marche plus aisée, moins de fatigue. Deux mois après, persistance de l'amélioration.

Obs. N° 12. — Mme Marie M..., 57 ans.

Périphlébite en août 1935. Persistance d'œdème à la station debout, de crampes à la marche et de sensation de pesanteur, dilatation variqueuse très nette à la jambe droite, cyanose. 1^{re} cure en juin 1936 : diminution moyenne de 1 cm. 1/2 à 2 cm. du périmètre des jambes. Peut faire des promenades de deux heures, marche aisée. 2^e année, avant la cure : œdème le soir, douleurs dans les jambes, lombalgies, persistance de varices, surtout à droite. Après la cure : se trouve bien, état général meilleur, marche facile.

Obs. N° 13. — M. Adolphe M..., 42 ans.

Phlébite droite en janvier 1933. A la suite : marche difficile, œdème remontant jusqu'au mollet. 1^{re} cure en août 1933 : diminution très notable de l'œdème, 1 cm. 1/2 à 2 cm. 1/2 de différence, disparition de la gêne fonctionnelle. Une 2^e cure en octobre 1934 pour de légères séquelles, achève la guérison.

Obs. N° 14. — Mme Yvonne M..., 42 ans.

Multiplés phlébites en 1932 et 1936. Vient consulter pour douleurs de la jambe droite, refroidissement des extrémités, érythrocyanose, infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, obésité. Après la cure en été 1937 : légère diminution de poids, diminution des sensations douloureuses mais persistance de l'érythrocyanose malléolaire. Trois mois après : réapparition de douleur et d'œdème surtout le soir à la fatigue. Malgré tout il persiste une marge d'amélioration très nette des douleurs.

Obs. N° 15. — M. Jules P..., 49 ans.

Phlébite double en janvier 1934. Depuis persistance de léger œdème des cuisses, marche presque impossible. 1^{re} cure en août 1934 : s'aidait d'une canne à l'arrivée, marche sans aide maintenant. Disparition de la cyanose et du refroidissement des extrémités. Diminution de l'œdème et de la fatiguabilité. 2^e cure en août 1935. Avant la cure : persistance de l'amélioration dans la marche, mais œdème rapide à la station debout, raideur du pied gauche. Après la cure : amélioration nette, diminution de l'œdème de 2 cm., moins de raideur du pied, marche plus facile. Trois mois après, persistance de l'amélioration.

Obs. N° 16. — Mme Hélène P..., 52 ans.

Phlébite double en 1912. Vue en 1935 pour fatigue à la marche, crampes nocturnes, œdème léger, troubles de la circulation. 1^{re} cure en décembre 1935 : bon résultat, l'œdème vespéral a entièrement disparu, plus de crampes, marche plus aisée. Revue quelques mois après, persistance de l'amélioration sauf réapparition de crampes nocturnes. 2^e cure en mai 1936 qui complète heureusement l'amélioration très nette de la 1^{re} cure.

Obs. N° 17. — Mme Blanche P..., 47 ans.

Phlébite double en 1911. Depuis lors : œdème, cyanose et douleurs dans les deux membres inférieurs, accompagnés de pesanteur et de fatiguabilité. Cure à Aix au mois d'août 1933, 22 ans après la phlébite : amélioration de l'état général, mais localement une poussée de périphlébite n'a pas permis à la malade de profiter de sa cure.

Obs. N° 18. — Mme Juliette R..., 47 ans.

Phlébite du membre inférieur gauche en février 1934. Persistance d'un gros œdème malléolaire avec cyanose et élancements douloureux. Cure en août 1935 : amélioration nette, marche beaucoup plus facile, diminution de la fatiguabilité. La coloration de la jambe est moins accentuée.

Obs. N° 19. — Mme Gabrielle R..., 56 ans.

Phlébites du membre inférieur droit en 1895, 1919, 1933,

laissant à leur suite : pesanteur dans le membre, tension du mollet, œdème de la jambe et du dos du pied, zone pigmentée au tiers inférieur de la face interne de la jambe, cordon variqueux à la cuisse. Cure en juillet 1933 : la malade obtient un résultat excellent, l'œdème du mollet droit a à peu près disparu, 4 cm. 1/2 de différence.

Obs. N° 20. — M. Jean R..., 29 ans.

Phlébite droite en septembre 1925. Rechute en 1931, et depuis, poussées inflammatoires fréquentes durant une quinzaine de jours. Entre les poussées, persistance de douleurs, d'œdème et de pesanteur après la fatigue. Légère raideur articulaire du genou. 1^{re} cure en été 1933 : l'œdème disparaît ainsi que la lourdeur et la fatigue après la marche et les crises douloureuses aiguës, les tissus sont redevenus souples. L'année suivante : l'œdème du mollet droit a reparu, quelques varicosités et cyanose de la face antéro-interne de la jambe. 2^e cure en juillet 1934 : l'œdème a diminué de 1 cm. 1/2. Plus de sensation de pesanteur P. V. 17 à l'arrivée, 15 au départ. Test d'Aldrich : 30 minutes à l'arrivée, 40 au départ.

Obs. N° 21. — Mme Raymonde R...

Phlébite double laissant à sa suite : fatiguabilité, œdème surtout important à gauche, téguments rouges et froids, varices. La cure en juillet 1934 entraîne une amélioration de l'état général, diminution de l'œdème et disparition de la sensation de pesanteur. La coloration des téguments est peu modifiée mais ils sont plus souples et plus chauds. Trois mois après, persistance de l'amélioration au point de vue objectif mais réapparition de douleur dans les membres inférieurs.

Obs. N° 22. — Mme Marie T..., 34 ans.

Antécédents de périphlébite et d'ulcère variqueux cicatrisé à la jambe gauche. Varices aux deux jambes. Cure en juillet 1934 : amélioration nette, les veines sont plus souples, moins douloureuses, la gêne à la marche a presque disparu.

Obs. N° 23. — Mme Cécile V..., 36 ans.

Phlébite gauche en 1931. Depuis, douleurs au genou et à la jambe, la peau est lisse, luisante, la cuisse est augmentée de volume. Limitation de la flexion du genou à 90°, immobilisation presque totale de la tibio-tarsienne. Le pied est en varus accentué avec léger équinisme. 1^{re} cure en juin 1932 : amélioration notable, la malade peut marcher plus facilement, les articulations se sont assouplies, le genou se plie presque normalement, le pied droit est en voie d'amélioration. 2^e cure en juin 1933 : diminution de volume des deux jambes de deux à trois centimètres, la malade marche maintenant sans canne. L'année suivante, il ne reste qu'un œdème malléolaire vespéral, la flexion du genou gauche dépasse largement l'angle droit, le pied bot est très amélioré, l'articulation tibio-tarsienne beaucoup plus mobile. 3^e cure en été 1934 : disparition de la sensation de pesanteur, amélioration des douleurs du pied droit et des mouvements articulaires : hyper-extension possible du pied et flexion du genou gauche. Trois mois après l'amélioration persistait.

b) Séquelles de phlébites post-opératoires

Obs. N° 1. — M. J. A..., 42 ans.

Phlébite gauche 4 jours après opération de hernie ombilicale (février 1936). Localisation à droite un mois après. Il persiste des douleurs dans le mollet gauche, difficulté à la marche, atrophie et induration du mollet gauche un peu moins marquée au mollet droit. 1^{re} cure en septembre 1936, amélioration fonctionnelle très nette mais persistance de douleurs et de raideur. 2^e cure en mars 1937 : avant la cure, persistance d'une certaine raideur, augmentation de l'œdème, atrophie légère du mollet gauche. Après la cure, résultats excellents, disparition de l'œdème et de toutes les autres manifestations. Quelques mois après, amélioration encore nette mais réapparition de douleurs à la marche et d'œdème, surtout à droite, raideur encore importante du genou gauche.

Obs. N° 2. — M. Marcel B..., 37 ans.

Phlébites bi-latérales post-opératoires en novembre 1931.

Depuis, ankylose du genou gauche, raideur du genou droit, œdème du membre inférieur gauche et douleurs. 1^{re} cure le 9 juin 1932, en 5 jours l'œdème a presque disparu, en 10 jours les raideurs articulaires ont cédé à leur tour, à son départ marche sans aucune claudication mais persistance d'un peu d'œdème. 2^e cure en juillet 1933. Avant la cure : l'amélioration apportée par la première saison a persisté, marche presque normale, disparition presque complète de l'œdème. Après la cure : marche normale, disparition de l'œdème, fonctionnement normal des articulations. 3^e cure en été 1934 : très grosse amélioration, œdème absolument disparu, marche facile (plombier, marche sur les toits).

Obs. N° 3. — Mme Madeleine C..., 27 ans.

En 1936, Hystérectomie totale, phlébite gauche les jours suivants, légère poussée inflammatoire à droite. Depuis, œdème prépondérant à gauche, fatiguabilité. Cure en août 1937 ; disparition de l'œdème, diminution de la fatigue à la marche.

Obs. N° 4. — M. Jean D..., 64 ans.

Phlébite double après prostatectomie. Œdème persistant, raideur de la tibio-tarsienne droite. Gros paquets variqueux bilatéraux. 1^{re} cure en septembre 1932 : la raideur articulaire a disparu, les varices ont diminué considérablement, la marche est très améliorée. 2^e cure en août 1933. Avant la cure : œdème, marche pénible. Après la cure : diminution de volume des jambes, œdème à peine perceptible, articulations plus libres. Deux mois après : persistance de l'amélioration, mais douleur le soir. Après quatre ans, en 1937 nouvelle cure pour persistance des œdèmes, résultat excellent : plus d'œdème, jambes souples, pas de douleurs.

Obs. N° 5. — Mme Marie L..., 44 ans.

Phlébite gauche après hystérectomie totale en 1932. Depuis œdème et sensation de pesanteur. 1^{re} cure en août 1933 : grande amélioration immédiate, mais après quelques mois réapparition de l'œdème. 2^e cure en 1934 amène une amélioration qui est toujours appréciable l'année suivante

avant son départ pour la 3^e cure. Celle-ci fait disparaître le léger œdème qui persistait ainsi que la fatiguabilité.

Obs. N° 6. — Mme Anne M..., 29 ans.

Phlébite double après appendisectomie en février 1936. Œdèmes bilatéraux et douleurs persistantes. Cure en juillet 1937, résultats excellents, disparition de l'œdème, marche aisée, plus de fatigue.

Obs. N° 7. — Mme Marcelle Th..., 36 ans.

Phlébite droite après hystérectomie en 1912. Douleurs dans la cuisse et la cheville, surtout à la marche. Augmentation de volume de la jambe droite. Zone violacée dans la région infero-externe. 1^{re} cure en juillet 1933. La peau a perdu sa couleur violacée. La cuisse et le mollet droit ont diminué de plusieurs centimètres. La malade se sent mieux et marche bien. L'année suivante : avant la cure : lourdeurs de la jambe droite, erythrocyanose sur le tiers inférieur. Plus d'œdème ni de douleur à la pression. 2^e cure en 1934, disparition de la couleur rougeâtre de la jambe — persistance d'une petite plaque rosée.

c) Séquelles de phlébite post-traumatiques

Obs. N° 1. — Mme Andréa B..., 34 ans.

Phlébite double post-traumatique en janvier 1935. Important œdème résiduel, marche difficile, en boitant. 1^{re} cure en juin 1935 : bons résultats, marche presque normale, sans canne mais persistance de l'œdème. L'année suivante, persistance de l'amélioration fonctionnelle, la marche est normale mais il existe encore de l'œdème et des douleurs.

Obs. N° 2. — M. Roch C..., 48 ans.

Fracture de jambe gauche, phlébite en juillet 1933. Six mois après, gêne fonctionnelle importante, marche avec deux cannes, raideur de la tibio-tarsienne limitation à 90° de la flexion du genou gauche, œdème considérable dur, non douloureux, cyanose des deux membres. 1^{re} cure en été 1934 : bénéfice considérable l'œdème a diminué de 6 cm. à

gauche, il a complètement disparu à droite. Articulations assouplies, marche presque sans boiter. Les zones violacées s'estompent. Le test d'Aldrich est passé de 2 à 30 minutes. 2° cure en juin 1935. Avant la cure : persistance d'un peu d'œdème et cyanose très prononcée au pied gauche. Après la cure : marche aisée, sans fatigue, plus d'œdème.

Obs. N° 3. — Mme M..., 54 ans.

Phlébite double après chute. Fatigue à la marche, crampes dans les mollets, douleurs articulaires, hanche, genou, tibio-tarsienne. Œdème des deux membres. Cure en juillet 1932 : les douleurs ont à peu près disparu les crampes également. L'œdème a diminué de 3 à 4 cm. aux deux membres.

Obs. N° 4. — Mme Louise M..., 59 ans.

Phlébite gauche en 1900. Phlébite droite en 1931 après fracture de jambe. Persistance de douleurs continues intenses. Œdème des deux membres inférieurs, la marche est souvent impossible, toujours difficile. Cure en juillet 1933. L'œdème blanc a complètement disparu, les douleurs également sauf au niveau de l'ancien foyer de fracture où elles sont diminuées. Marche incomparablement meilleure.

Obs. N° 5. — Mme Marie M..., 42 ans.

Phlébite droite après fracture de la cheville en 1931. A la suite œdème persistant à droite. Boiterie accentuée. Douleur au niveau de la tibio-tarsienne et du genou. Après la cure en été 1932 : l'œdème a disparu, sauf un très léger godet à la partie moyenne de la jambe. Les articulations ne sont plus douloureuses. La marche est très améliorée. Une 2° cure en 1933 : avant le départ à Aix, impotence fonctionnelle marquée, les douleurs et l'œdème ont reparu, il existe de l'hydarthrose au genou droit. Après la cure : une plaie accidentelle du mollet droit a gêné le traitement, cependant amélioration fonctionnelle notable.

d) Séquelles de phlébite post-abortionum

Obs. N° 1. — Mme B..., 34 ans.

Phlébite post abortum en 1928. Six ans plus tard souff-

fre toujours des deux jambes, œdème important le soir, cyanose des extrémités. Cure en septembre 1934. Le léger œdème vrai a presque disparu, disparition du godet. Fonctionnellement amélioration très notable. Les zones violacées des extrémités tendent à disparaître. Test d'Aldrich et Mac Clure est passé de 30 à 40 minutes.

Obs. N° 2. — Mme Nicole L..., 29 ans.

Phlébite droite après fausse-couche en novembre 1932. Quatre mois après, persistance d'œdème surtout le soir, limitation des mouvements du genou et de la tibio-tarsienne, douleurs dans cette articulation, marche difficile. Cure en août 1933 : en 8 jours l'œdème a disparu, dès le 12^e jour les mouvements de la tibio-tarsienne se faisaient normalement. Quelques mois après la cure : persistance d'une grande amélioration, marche facile. Mais souffre un peu la nuit et présente un léger œdème vespéral avec cyanose peu importante.

Obs. N° 3. — Mme Lucienne L..., 26 ans.

Phlébite post abortum en mars 1934. Présente depuis de l'œdème bilatéral, des troubles trophiques et une gêne fonctionnelle surtout marquée à gauche, cyanose des malléoles. Après la cure en été 1934, presque plus de douleurs, l'œdème a presque disparu. Deux mois après le retour même constatation, mais l'œdème reparait après un effort prolongé.

Obs. N° 4. — Mme Marie M..., 38 ans.

Phlébite droite après fausse-couche en décembre 1936. A la suite, douleurs et fatigue du membre inférieur droit, œdème. Cure en août 1937 : bons résultats, disparition de l'œdème, plus de sensation de pesanteur ni de fatigue. Trois mois après, grosse amélioration de l'œdème et des douleurs toujours persistantes mais œdème vespéral. Amélioration fonctionnelle très notable.

Obs. N° 5. — Mme Madge R..., 23 ans.

Phlébite gauche post abortum en décembre 1936. Le membre inférieur gauche reste augmenté de volume, légère

claudication. Cure en été 1937 : amélioration lente et progressive de la jambe gauche, moins de douleur et d'œdème. Revue quelques mois après, l'amélioration reste nette. Beaucoup moins de douleurs. L'œdème est purement vespéral.

e) Séquelles de phlébite après maladie infectieuse

Obs. N° 1. — Mme Odette F..., 35 ans.

Phlébite gauche au cours de fièvre typhoïde en mars 1931. Depuis lors, douleurs, frilosité du membre, œdème malléolaire. Cure à Aix interrompue par le décès de sa mère ; au départ l'œdème était à peine décelable, la malade se sentait déjà beaucoup mieux.

Obs. N° 2. — Mme Marthe G..., 45 ans.

Septicémie veineuse post erysipélateuse, nombreuses localisations depuis avril 1932 pendant plusieurs mois. Persistance d'œdème considérable surtout à la jambe gauche. La peau est luisante, cyanosée, raideur du genou gauche, les membres supérieurs ne présentant pas de séquelles. 1^{re} cure en août 1933. Amélioration importante dès le 6^e bain. A la fin de la cure le membre inférieur gauche ne présente qu'un léger œdème malléolaire vespéral. La peau est souple, de coloration normale, la marche facile. La raideur articulaire a disparu. Revue l'année suivante : l'amélioration a persisté, sauf un peu d'œdème et de douleur. 2^e cure en été 1934 : disparition de la fatiguabilité et des douleurs.

Obs. N° 3. — M. Maurice V..., 20 ans.

Phlébite au cours d'une fièvre typhoïde en septembre 1930. A la suite il persiste des engourdissements et un œdème important de la jambe gauche, il présente également 5 ulcérations dont deux considérables. Cure en août 1932, le malade est très amélioré, il peut rester debout une journée entière sans fatigue. Les deux grosses ulcérations se sont réduites aux dimensions d'une pièce de 1 franc. Les 3 autres sont cicatrisées. Persistance d'un peu d'œdème très sur ne prenant pas le godet, à la cheville gauche. Un

mois après : réapparition de l'œdème à la marche, les ulcères reprennent une certaine importance, le malade se plaint de souffrir à nouveau.

B. — COMPLICATIONS DE VARICES

Obs. N° 1. — Mme Fernande B..., 38 ans.

Varices des deux membres inférieurs. Certaines sclérosées par le salicylate. Dermite variqueuse à la face interne des deux jambes et grosse infiltration sclérodermique à ce niveau. Douleurs articulaires. Œdème le soir. 1^{re} cure en novembre 1935 : résultat excellent, œdème de la jambe gauche diminué de trois centimètres, ni lourdeur, ni œdème. Quelques semaines après à Paris : très améliorée, marche facile, encore un peu d'œdème vespéral et quelques douleurs, la peau a repris beaucoup de souplesse. 2^e cure en été 1936. Avant la cure, reprise des mêmes symptômes que l'an dernier. Après la cure, l'œdème a diminué mais les douleurs articulaires persistent.

Obs. N° 2. — Mme Rachel D..., 45 ans.

Varices depuis 10 ans. Hématomes par rupture. Actuellement les varices sont très marquées. Craquements articulaires du genou gauche. 1^{re} cure en juillet 1932 : amélioration considérable, marche plus facile, diminution de l'œdème. 2^e cure en 1933. Avant la cure : varices très marquées, douleurs diffuses. Les troubles trophiques sont diminués, la marche plus facile. Après la cure : tismus souples, peau normale, pas d'œdème. La raideur du genou gauche est atténuée. 3^e cure en 1934 et 4^e cure en juin 1936. Les varices pendant ces deux années ont progressivement diminué, elles ne sont plus qu'assez peu marquées, mais les douleurs diffuses persistent dans les membres inférieurs.

Obs. N° 3. — Mme Fernande S..., 44 ans.

Varices depuis 15 ans. Pas de douleurs, mais œdème de la jambe droite surtout après une marche un peu prolongée. Large plaque pigmentée à la face antéro-interne de la jambe

droite. Cure en décembre 1936. Excellent résultat, disparition totale de l'œdème, la jambe est légère, presque plus de fatigue à la marche.

Obs. N° 4. — Mme Berthe S..., 46 ans.

Six fois opérée dont cinq fois pour éventration récidivante après hystérectomie. Varices et varicosités nombreuses des membres inférieurs, déjà traitées en partie par injections sclérosantes. Léger œdème. Cure en octobre 1934, disparition de l'œdème aux deux jambes.

C. — ŒDÈME CHRONIQUE

Obs. N° 1. — M. Odilon G..., 23 ans.

Depuis l'âge de 8 ans, à la suite d'un adénophlegmon du cou, la jambe et le pied gauches ont augmenté de volume, l'œdème n'a pas disparu depuis. En juin 1932, apparition de nodules douloureux empêchant tout travail. Un mois après, un seul nodule persiste. A l'examen on constate : un œdème blanc-rosé, dur, légèrement douloureux ; un nodule à la partie moyenne de la face externe de la jambe gauche, dur, douloureux, de la taille d'une noisette ; une pigmentation brune de la cheville gauche. Cure à Aix en août 1932 : disparition des douleurs au 2° jour. Le nodule est ramené à la taille d'un grain de chènevis et devient insensible. A la fin de la cure, l'œdème a presque disparu, laissant deux centimètres de différence entre les chevilles.

Obs. N° 2. — Mlle Suzanne C..., 21 ans.

Léger œdème du dos du pied gauche depuis 1928. En 1931, l'œdème devient plus important, permanent avec sudation anormale du pied gauche, crises d'érythrocyanose. 1^{re} cure en septembre 1932 : diminution notable de l'œdème (2 à 3 cm. de différence), mais réapparition rapide après le retour à Paris. La 2^e cure faite en été 1933 améliore de nouveau l'œdème, ne laissant que 2 cm. de différence entre le membre sain et le membre malade. 3^e cure en 1934, avant la cure la malade est améliorée par rapport aux deux années précédentes, bien qu'il persiste un peu d'œdème bila-

téral. Quelques troubles subjectifs et de l'acrocyanose. Après la cure, sans être guérie, cette malade est très améliorée. L'œdème a diminué de 2 cm. 1/2 au mollet gauche. Les téguments ont une coloration presque normale. Le test d'Aldrich s'est amélioré, les tensions aux différents membres sont régularisées, disparition des troubles subjectifs.

D. — TROUBLES VEINEUX POST TRAUMATIQUES

Obs. N° 1. — Mme Angèle C..., 63 ans.

Fracture de Dupuytren à droite en septembre 1926, depuis, œdème très important et douleurs persistantes surtout à la marche. Trois cures à Aix-les-Bains sans résultat notable, par contre une cure à Bourbon-l'Archambault, en 1932, a donné une amélioration fonctionnelle nette.

L'examen montre : gonflement du cou de pied remontant jusqu'à mi-jambe, pigmentation. Nombreuses petites varices, points douloureux au niveau du cal, limitation articulaire de la tibio-tarsienne. 1^{re} cure en octobre 1934, l'œdème disparaît complètement, l'articulation tibio-tarsienne fonctionne normalement, la coloration des téguments est redevenue presque normale. Plusieurs semaines après au Centre, mêmes constatations. Deux années plus tard, les mêmes symptômes ont réapparu, une nouvelle cure faite en 1936 donne des résultats tout à fait semblables à ceux de la première : disparition des douleurs, de l'œdème, de la fatigue, marche presque normale.

Obs. N° 2. — Mlle D..., 53 ans.

Fracture de la jambe droite en 1928. Ostéosynthèse, mauvaise consolidation, cal mou. Elle se plaint de douleurs articulaires au niveau de la tibio-tarsienne droite et d'un peu d'œdème le soir. L'examen révèle une diminution des mouvements de la cheville droite et une pigmentation de la peau au niveau de l'ancien foyer de fracture. La peau est mince et cyanosée. Cure en juin 1933 : légère diminution de volume de toute la jambe droite (4 cm. de différence au mollet), les articulations sont plus libres, la marche normale. L'examen, quelques semaines plus tard à Paris, confirme ces résultats.

II. — STATISTIQUE DES RÉSULTATS OBTENUS

A. — AMÉLIORATIONS IMMÉDIATES

Si l'on considère l'ensemble des cas de séquelles de phlébite traités par la cure thermale, on constate une amélioration immédiate (plus ou moins importante d'ailleurs) pour la presque totalité des malades : deux échecs sur 43 observations. De même pour les autres affections : complications de varices, œdème chronique sans cause apparente, troubles veineux post-traumatiques, l'amélioration immédiate est la règle.

Mais ce qui importe surtout, c'est, d'une part, d'observer la persistance de ces améliorations pendant les mois ou les années qui suivent le traitement.

D'autre part, de préciser les symptômes sur lesquels la cure a le plus d'influence.

B. — PERSISTANCE DES AMÉLIORATIONS

a) *Séquelles de phlébite*

Sur nos 43 observations de séquelles de phlébite, 13 malades ont été perdus de vue après leur première cure et, bien que la plupart aient retiré un bénéfice certain de celle-ci, nous ne pouvons en tenir compte dans le présent chapitre.

Sur les trente malades suivis après la cure, trois seulement ont vu reparaitre entièrement les troubles initiaux, soit 10 %. Vingt-deux ont bénéficié d'une amélio-

ration durable, plus ou moins marquée suivant les cas, soit 73,4 %.

Enfin cinq malades ont présenté une amélioration confinante presque à la guérison, soit 16,6 %.

b) *Complications des varices*

Deux malades sur quatre ont été suivis après la cure : amélioration durable dans un cas.

c) *Œdème chronique*

Deux cas suivis, tous les deux améliorés à distance.

d) *Troubles veineux post-traumatiques*

Ici encore deux cas nettement améliorés et d'une façon durable.

C. — SYMPTÔMES LES PLUS INFLUENCÉS PAR LA CURE

Là encore nous ne tiendrons compte que des malades suivis, pour apprécier les symptômes obéissant le mieux au traitement hydro-minéral, c'est-à-dire 36 observations sur 51.

a) *Troubles subjectifs*

Douleurs, crampes dans les membres, marche pénible sont observés dans 40 cas sur 51, soit 78,4 %.

Ils sont améliorés d'une façon persistante dans 20 cas sur 27 cas suivis (74 %).

b) *Œdème chronique*

Est le symptôme le plus fréquent dans nos observations : 48 sur 51 (94 %).

Nous le voyons céder en partie et même parfois complètement dans 18 cas sur 32 malades suivis (56 %).

c) *Troubles articulaires*

Raideur, limitation des mouvements, souvent imputables à l'immobilisation prolongée chez les phlébitiques ou les anciens traumatisés, bénéficient particulièrement de la cure et des thérapeuthiques adjuvantes : douches articulaires, massages, mobilisation progressive.

On les rencontre dans 24 de nos observations (47 %). Ils sont guéris ou nettement améliorés dans 18 cas sur les 21 cas suivis (85 %).

Notons à ce sujet l'amélioration remarquable apportée par trois saisons successives à Aix à un pied bot phlébitique (observation n° 23).

d) *Les ulcères variqueux*

Ne se trouvent que chez deux de nos malades ; ils furent guéris dans un cas, l'autre ne montre qu'une amélioration nette mais momentanée.

e) *La cyanose*

Observée dans 18 cas (35 %) et suivie dans 14, a été améliorée légèrement, mais d'une façon nette et durable dans 7 cas (50 %).

f) *Les varices*

Soit post-phlébitiques, soit essentielles, s'observent dans 17 cas.

Parmi les 10 variqueux suivis, 3 ont présenté une amélioration nette et persistante.

g) *L'eczéma*

Enfin, 2 cas sur 51 ; n'a été suivi que dans un cas et n'a montré qu'une amélioration momentanée.

III. — THÉRAPEUTIQUE POST-THERMALE

Alors que les autres méthodes de thérapeutique médicale sont employées aussi longtemps qu'elles manifestent leur efficacité, la cure hydro-minérale, quelle qu'elle soit, est interrompue automatiquement au 21^e jour, chiffre semble-t-il fatidique.

Pour rendre normale la circulation des membres phlébitiques. Pour réduire complètement les ankyloses articulaires de ces membres, un tel délai est malheureusement insuffisant dans certains cas, plus tenaces à cause de la gravité des troubles et du terrain sur lequel ils évoluent.

A. — GRAVITÉ DES TROUBLES

Si certains œdèmes énormes disparaissent très rapidement, si les douleurs peuvent céder aussi, de façon remarquable, comme nous l'avons vu dans certaines observations, il n'en reste pas moins que, lorsque les troubles veineux sensitifs et objectifs sont installés depuis de longues années et qu'ils ont pris une importance considérable, on ne peut pas s'attendre à les voir céder complètement en trois semaines.

B. — VALEUR DU TERRAIN

Le rôle du terrain dans la production et la persistance de ces troubles est indéniable. L'âge du malade, ses antécédents (nombre de grossesses chez la femme, par exemple), l'état de ses glandes endocrines, l'état de sa musculature et de son entraînement, sont des fac-

teurs qui conditionnent la valeur de ce terrain. A cause d'eux la cure normale, efficace pour l'un, sera insuffisante pour l'autre.

a) La cure sera le plus souvent suffisante pour le sujet présentant des troubles relativement récents, d'importance moyenne, et surtout dont le terrain sera favorable : bon entraînement musculaire, absence de tares dans les antécédents, équilibre neuro-végétatif normal, etc.

b) La même cure sera insuffisante chez la multipare, chez l'obèse, chez l'insuffisant glandulaire, chez le sujet ayant des tissus en mauvais état, une musculature déficiente et manquant d'entraînement physique, ou encore présentant une lourde hérédité veineuse.

C'est alors qu'il faudra songer :

1° D'une part, à prolonger la cure, à condition que rien ne s'y oppose, et en prenant les précautions nécessaires pour ne pas fatiguer le malade, on le fera bénéficier plus longtemps des avantages de celle-ci qui agit autant sur le terrain que sur l'état local.

2° D'autre part, une fois la cure terminée, un tel malade doit être surveillé et traité médicalement, la thérapeutique médicale venant s'ajouter à la crénothérapie pour maintenir l'amélioration apportée par celle-ci et pour soulager les troubles sur lesquels l'eau thermale n'aurait pas agi.

En ce qui concerne la clientèle hospitalière, nous avons vu que le Centre de Triage Hydro-Climatologique des Hôpitaux de Paris revoit tous ses malades après la cure.

Les troubles veineux persistants sont alors dirigés sur le service spécialisé qui entreprend leur traitement médical.

C'est ainsi que les malades dépendant de l'Hôpital Broussais-la Charité, où fonctionne le Centre de Triage, sont confiés à la consultation des affections veineuses du Docteur GRELLETY-BOSVIEL, assistant du Professeur Maurice VILLARET.

Ulcères, eczémas variqueux, varices y sont tout spécialement traités. Les sujets sont pris en charge pendant le courant de l'année et, s'il le faut, repassés au Centre de Triage pour une nouvelle cure.

3° En effet, un deuxième et un troisième séjour thermal sont presque toujours nécessaires pour obtenir le maximum d'améliorations.

Si d'un côté on voit des malades améliorer leur état à chaque cure, puis en perdre le bénéfice au bout de quelques mois, souvent à défaut de surveillance médicale, par contre un grand nombre d'autres voient chaque année une nouvelle amélioration s'ajouter aux précédentes à l'occasion de leur séjour thermal.

Là aussi la surveillance médicale est nécessaire pour apprécier l'opportunité de la nouvelle cure, ou même d'une cure associée dont on connaît l'efficacité souvent remarquable : dirigeant, par exemple, les anciens traumatisés sur Aix-en-Provence et Barèges, les troubles utéro-ovariens sur Aix et Salis-de-Béarn, Aix et Luxeuil, les obèses sur Aix et Brides-les-Bains, etc.

CONCLUSION

I. — Le Centre de Triage Hydro-Climatologique des Hôpitaux de Paris, fondé par l'Assistance publique, sur les indications du Professeur Maurice VILLARET, qui en est le directeur, a donné des résultats particulièrement heureux.

A) Au point de vue social. Il permet de faire bénéficier les malades des hôpitaux des cures thermales favorables à leurs affections et qu'ils ne pouvaient jusqu'alors se procurer.

B) Au point de vue médical, en favorisant la tâche des chefs de service par l'apport d'un moyen thérapeutique d'efficacité indiscutable, et en constituant des dossiers importants sur les résultats obtenus dans les différentes stations thermāles.

II. — En ce qui concerne les affections veineuses, le Centre de Triage envoie à la station thermale d'Aix-en-Provence :

Les séquelles de phlébite surtout ;
Les complications des varices ;
Les troubles veineux post-traumatiques ;
Les acroasphyxies d'origine veineuse.

III. — Les résultats de la cure à Aix-en-Provence sont nettement favorables.

Ils se traduisent par une amélioration immédiate dans la quasi totalité des cas observés et, dans les mois qui suivent, par une amélioration évidemment variable suivant les sujets, mais persistante dans 32 des 36 cas. que nous avons triés parmi les observations.

Les symptômes les plus influencés sont :

L'ankylose articulaire : 85 % ;

Les troubles subjectifs : 74 % ;

L'œdème chronique : 56 %.

Enfin l'intérêt de la station d'Aix-en-Provence, outre ses résultats satisfaisants, est :

a) Sa situation méditerranéenne qui évite aux malades de toute cette région un voyage fatigant vers des stations plus éloignées.

b) D'être la seule station veineuse française fonctionnant même en hiver, ce qui permet le traitement à cette époque de malades qui, sans elle, seraient obligés d'attendre l'ouverture des stations d'été.

IV. — Malgré tout, un certain nombre de cas ne sont pas notablement améliorés par la première cure : soit que celle-ci ait été insuffisamment prolongée, ou bien que les troubles veineux se montrent très importants, ou enfin que le terrain se révèle peu favorable à une

sédation rapide des symptômes. L'adjonction du traitement médical est donc nécessaire dans l'intervalle des cures. Pour les malades envoyés par le Centre de Triage ce traitement est réalisé, soit par les services des hôpitaux dont ils dépendent, soit à côté du Centre de Triage lui-même par la Consultation des affections veineuses.

Vu :

Le Président de la Thèse,

M. VILLARET.

Vu :

Le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

A. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALQUIER. — Œdème et engorgement lymphatique. (*Revue de Médecine*, 1922, pages 19 à 35).
- ALQUIER et FORESTIER. — La cellulite. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 13-4-1923).
- AUDIER - AURIENTIS - CHARPIN - DARGELOS (G.) - JAUFFRET : *Bulletin de la Société de Médecine d'Aix-en-Provence* (1935).
- BARRABÉ (A.). — Les eaux de Bagnoles de l'Orne dans les suites de phlébite et dans les varices.
- CACHERA (R.). — L'acro-asphyxie. Etude physio-pathologique. Thèse de Paris, 1933.
- CAT. — Rénovation de l'Etablissement thermal d'Aix-en-Provence et applications thérapeutiques de ses eaux. Thèse de Montpellier (1930).
- CENSIER (E.). — Affections des veines. Maloine, 1901.
— Etats veineux. Traitement hydro-minéral. Masson, 1905.
- COLLOT. — La cellulite. (*Vie médicale*, 10-9-1929).
- DARGELOS (J.). — Aix-en-Provence, station thermale, 1920, Ronbaud, Aix-en-Provence.
— Les Eaux thermales d'Aix-en-Provence (Chauvet, Aix-en-Provence, 1930).
- DARGELOS (G.). — La cure thermale d'Aix (*Archives de Médecine générale et coloniale*).
- DELATER et HUGEL. — Système veineux normal et pathologique. Masson, 1926.
— La cyanose malléolaire orthostatique par insuffisance veinulaire (*Presse médicale*, 29-IX-1926).

- DELATER. — Les maladies des veines et leur traitement. Masson, 1932.
- DUHOT (E.). — La cure thermale d'Aix-en-Provence (*Presse médicale française*, juin 1934).
- EMERIC (A.-A.). — Analyse des Eaux minérales d'Aix-en-Provence (1705).
- GAUGIER. — Etiologie de varices (*Presse médicale*, 17-XI-1926).
- GRELLETY-BOSVIEL. — Circulation veineuse périphérique. Thèse de Paris, 1925.
- JUSTER. — Erythrocyanose sus-malléolaire (*J. de Méd.*, 31-X-1929).
- JOLY (P.-R.). — Crénothérapie des affections vasculaires périphériques. Affections veino-capillaires (*Société d'hydrologie et climatologie médicales de Paris*, 20-3-1933). Gardette, édit., Paris.
- LANDOUZY. — Crénothérapie, Climatothérapie, Thalassothérapie.
- LAUBRY et TZANCK. — La circulation de retour. Etude physiologique et pathologique (*Presse médicale*, 23-3-1932).
- LAUTHIER. — Histoire naturelle des eaux d'Aix (1705).
- LAYANI. — Les Acrocyanoses (Thèse de Paris, 1929).
- LECONTE et GRELLETY-BOSVIEL. — Traité de pathologie (Sergent). Appareil circulatoire, tome 2.
- LOUVEL (J.) et M^{lle} TISSERAND. — Le test d'Aldrich et MacClure. Procédé de contrôle évolutif de la P. A. D. (*Presse médicale*, 22-2-1930).
- LEVY-FRANKEL (A.) et JUSTER. — Les infiltrations cellulitiques des membres inférieurs (*Bulletin médical*, 27-4-1929).
- MAY (E.) et LAYANI. — L'Acrocyanose essentielle. Congrès français de médecine, XXII^e session, Paris, 1932.
- POULAIN (E.). — Du traitement des dermatoses arthritiques et de l'eczéma en particulier, à Bagnoles-de-l'Orne.
- Thérapeutique hydrominérale, Pathologie des veines, 1903.

- POULAIN (E.). — Traitement des troubles trophiques d'origine veineuse, à Bagnoles-de-l'Orne (La Ferté-Macé, 1905).
- ROBERT (L.-J.-M.). — Essai historique et médical sur les eaux thermales d'Aix, connues sous le nom d'Eaux de Sextius, 1812.
- SIGAUD (J.). — Contribution à l'étude des Eaux thermales et d'alimentation de la ville d'Aix-en-Provence (Thèse de Pharmacie, Montpellier, 1925).
- VAISSADE (J.). — La valeur thérapeutique des eaux thermales d'Aix-en-Provence (Comité médical des Bouches-du-Rhône, séance de novembre 1929).
- VILLARET (M.). — Les acrocyanoses (*Progrès médical*, 24 mai 1930).
- VILLARET (M.), SAINT-GIRONS, GRILLETY-BOSVIEL. — Contribution à l'étude de la pression veineuse périphérique. Le syndrome d'hypertension veineuse et d'acrocyanose avec insuffisance ovarienne (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1-7-1921).
- VILLARET (M.), SAINT-GIRONS, JUSTIN-BESANÇON. — Pression veineuse périphérique. Masson, 1930.
- VILLARET (M.) et JUSTIN-BESANÇON. — Clinique et thérapeutique hydro-climatologique. Masson, 1932.
- VILLARET (M.), JUSTIN-BESANÇON et CACHERA. — Physiologie des affections vasculaires périphériques. (*Société d'hydrologie et climatologie médicales de Paris*, 20-III-1933), Gardette, édit., Paris.
- VILLARET (M.), JUSTIN-BESANÇON et CACHERA. — Physiologie pathologique des Acroasphyxies. Congrès français de médecine, XXII^e session, Paris, 1932. Masson, édit., Paris.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1

CHAPITRE I

A. — LE CENTRE DE TRIAGE HYDRO-CLIMATOLOGIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS	3
B. — LES AFFECTIONS VEINEUSES JUSTICIABLES DU TRAI- TEMENT HYDRO-MINÉRAL	6
I. — <i>Séquelles de phlébite</i>	7
II. — <i>Complications des varices</i>	11
III. — <i>Troubles veineux post-traumatiques</i>	14
IV. — <i>Acroasphyxies d'origine veineuse</i>	15

CHAPITRE II

AIX-EN-PROVENCE	19
A. — <i>Le site, le climat</i>	19
B. — <i>Historique de la ville et des eaux</i>	20
C. — <i>Analyse des eaux</i>	22
D. — <i>Mode d'action et technique de cure</i>	24
E. — <i>Etablissement thermal</i>	26

	Pages
CHAPITRE III	
I. — OBSERVATIONS	29
II. — STATISTIQUES DES RÉSULTATS OBTENUS.....	45
III. — THÉRAPEUTIQUE POST-THERMALE	48
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	55

LES PRESSES MODERNES

96, Galerie Beaujolais, 96

Palais-Royal PARIS (1^{er})
